

La gestione informatizzata dell'attività del pediatra di famiglia

MATTIA DORIA¹, VITALIA MURGIA¹, GIUSEPPE VENTRIGLIA^{2*}

¹Pediatra di famiglia; ²Medico di medicina generale

*A nome del Gruppo di Progetto Cesper 2010: Roberto Bussi, Mattia Doria, Fabrizio Fusco, Vitalia Murgia, Lorena Pisanello, Franco Raimo, Valter Spanevello, Giacomo Toffol, Giuseppe Ventriglia

La cartella medica orientata per problemi, un modello teorico nato nel 1969, oggi naturalmente computerizzabile, rappresenta ancora il modello ideale per gestire la quotidianità senza perdere di vista i problemi di fondo, espliciti o racchiusi nella quotidianità stessa. È stata definita lo strumento più utile a disposizione di un medico di famiglia.

In un'epoca caratterizzata da una diffusione ormai capillare dell'informatica, con personal computer che uniscono elevate prestazioni a costi molto contenuti, con programmi di gestione dati, calcolo e scrittura estremamente sofisticati e insieme di facile uso, potrebbe sembrare strano discutere di *Cartella medica*, che oltretutto quasi mai è stata oggetto di insegnamento prima o dopo la laurea e che quasi sempre è associata solo al ricordo di puntigliose quanto noiose raccolte di "anamnesi prossime e remote".

L'esperienza professionale quotidiana insegna che non è possibile affidarsi alla **memoria** per raccogliere e richiamare le principali informazioni concernenti i propri pazienti, soprattutto quando si tratta di pazienti con malattie croniche e/o complesse e/o ricorrenti.

Da qui la necessità di "prendere appunti", in modo da evitare di dimenticare dati rilevanti della storia del paziente, necessità che anche in pediatria di famiglia diventa assoluta - al di là del fatto che anche la legge prevede l'uso di una cartella medica - a causa del numero degli assistiti, dei frequenti accessi allo studio (sia per i bilanci di salute sia per affezioni acute o croniche), dei loro numerosi problemi e della conseguente mole di dati a essi correlati

MEDICAL RECORD IN PRIMARY CARE PAEDIATRICS

(*Medico e Bambino* 2012;31:227-232)

Key words

Clinical activity data, Clinical diary, Problem-oriented medical record, Primary care paediatrics

Summary

The personal computer is nowadays a common presence in the daily activities of primary care paediatricians and a structured medical record is the most used tool in order to memorize information and clinical activity data. Long time clinical activity medical records, either written or stored in computers should not be limited to the traditional "clinical diary" that is just the temporal sequence registration of all events and news concerning the patient. It should instead be stored in a structured, rigorous problem-oriented system: the problem-oriented medical record (POMR) theorized by Lawrence Weed in 1969. In order to improve the efficacy of the problem oriented system, paediatricians should keep the daily clinical records as required by the SOAP scheme with data and information registered in a precise, structured way as subjective data, objective data, physician assessment, intervention plan. The efficacy of such disciplined approach to medical record documentation would undoubtedly be furthermore implemented. Primary care paediatrics would highly benefit of this rational medical records organization that collects the daily routine data as POMR and would also improve the care to each patient.

legata alla necessità di protrarre l'assistenza per un lungo periodo di tempo.

La cartella costituisce anche un mezzo di comunicazione tra medici, vero presupposto di un'efficace continuità assistenziale fuori e dentro l'ospedale.

Va ricordato, inoltre, che la cartella va considerata un *indispensabile strumento professionale*, non meno importante di tutti quelli che il medico comunemente usa (e come tale va scelta

e usata in modo appropriato) e che l'uso della cartella si estende ben oltre il momento (pur sempre centrale) della visita al paziente (*Tabella I*).

Con questo articolo ci proponiamo di condividere con il lettore che una cartella può essere definita "buona" in virtù delle caratteristiche della sua struttura (ovvero il sistema di registrazione, raccolta, aggregazione ed evidenziazione dei dati) e non perché è cartacea o informatizzata, in quanto es-

USI DELLA CARTELLA MEDICA

1. Ausilio per decisioni diagnostiche e terapeutiche (promemoria dei dati clinici, laboratoristici, strumentali e prescrittivi)
2. Mezzo per trasmettere informazioni (tra medici che in settori e/o momenti diversi seguano lo stesso paziente)
3. Strumento per la prevenzione primaria e secondaria e per l'educazione alla salute (registrazione dei dati sui bilanci di salute nonché sui fattori di rischio individuali, familiari e ambientali)
4. Strumento per la ricerca clinica, epidemiologica e la farmacovigilanza
5. Strumento per iniziative di audit clinico e formazione
6. Strumento di tutela medico-legale
7. Strumento per la raccolta di dati utili alla valutazione e programmazione del sistema sanitario
8. Strumento per la gestione del budget
9. Attività didattiche

Tabella I

sa, su carta o su PC, deve rispondere alle esigenze professionali di chi la deve utilizzare.

DALLE CARATTERISTICHE DELLA PEDIATRIA DI FAMIGLIA ALLE CARATTERISTICHE DELLA CARTELLA. DAL "DIARIO" AI "PROBLEMI"

L'evoluzione delle cure primarie pediatriche sta portando alla ribalta un duplice fenomeno: da un lato l'aumento di richieste di accesso allo studio medico per problemi che sono oggettivamente di scarsa rilevanza clinica ma vissuti dal genitore come "gravi", dall'altro l'emergere delle problematiche di assistenza dei pazienti con patologia cronica e/o complessa. Ciò comporta una sempre maggiore mole di dati da registrare anche alla luce delle nuove norme stabilite dagli Accordi convenzionali nazionali, regionali e locali¹.

Su carta o su computer, la raccolta dei dati concernenti l'assistenza medica protratta nel tempo e non focalizzata su un singolo evento (come capita, ad esempio, in un ricovero ospedaliero per una malattia acuta o in una consulenza specialistica occasionale) per essere realmente utile non dovrebbe limitarsi al tradizionale modello del "diario clinico" - registrazione in semplice sequenza temporale di tutti gli eventi e le notizie concernenti il paziente - ma deve integrare anche un modello di registrazione degli eventi e dei contatti per "problemi", dove per problema si intende **qualsiasi situazione impor-**

tante per il paziente. Questo modello fa riferimento alla *Cartella Medica Orientata per Problemi* (CMOP), basata sui principi indicati nel 1969 dal medico americano Lawrence Weed², tuttora valido e adottato sia per sistemi cartacei (praticamente in via di estinzione) sia per le cartelle computerizzate, sempre più diffuse, sofisticate e di agevole uso.

Di fatto, la famiglia di un nostro assistito può proporre al curante non solo problemi chiari e definiti (risolvibili in tempi brevi: ad esempio tonsillite, virus delle prime vie respiratorie ecc.) ma anche, e succede sempre più spesso, un "problema" in senso lato, ossia una situazione non necessariamente clinica né sempre ascrivibile a una patologia nosograficamente distinta. È il caso di un "problema di salute" che necessita di un piano di cura più o meno complesso, che richieda l'intervento di consulenti specialisti, dell'esecuzione di accertamenti di laboratorio o strumentali e/o un certo numero di visite di controllo da parte del medico curante, con una prognosi che si protrae per un certo periodo di tempo o con una caratteristica di cronicità che ne fa prevedere la persistenza per mesi o anni (ad esempio malattie allergiche, infezioni urinarie con reflusso vescico-ureterale, malattie con disabilità, malattie genetiche).

Tenere nota di tutto ciò che concerne queste particolari situazioni, specie se lo stesso assistito presenta nel frattempo anche patologie intercorrenti più o meno frequenti, richiede una mo-

dalità di registrazione molto efficace al fine di evitare che la "marea" di eventi di scarso o nullo significato clinico, registrati l'uno dopo l'altro nel tempo, "sommerga" i pochi eventi realmente importanti e da tenere necessariamente sott'occhio.

Proprio per questo è nata la CMOP, in cui la tradizionale registrazione cronologica degli eventi e delle visite fatte a un paziente viene integrata o sostituita dalla strutturazione "per problemi", superando di fatto il concetto di cartella intesa solo come *documento-promemoria* in favore di una logica di *documento-informazione*^{3,4}.

LA REGISTRAZIONE DEI DATI IN PEDIATRIA DI FAMIGLIA

La struttura assistenziale della pediatria di famiglia, in funzione delle sue caratteristiche e peculiarità, diverse da quelle tipiche sia della pediatria ospedaliera sia della medicina generale, può trarre un efficace sostegno da un sistema di registrazione dei contatti che riunisca in sé la semplicità del tradizionale diario clinico (utile, a titolo di esempio, per le frequenti occasioni di visita per le flogosi delle prime vie aeree del bambino in età prescolare o per i contatti di counselling e/o puericoltura dei primi mesi-anni di vita) e la straordinaria efficacia informativa derivante dalla possibilità di registrare i contatti come "problema" qualora si presentino all'attenzione del pediatra problematiche indistinte, patologie gravi, condizioni anche non gravi ma ricorrenti e, naturalmente, malattie croniche e/o complesse.

La cartella in questo modo mantiene la sua condizione di fruibilità costante senza perdere le prerogative di strumento dinamico, conciso e completo, ugualmente comprensibile a chi lo legge (sostituto, collaboratori, guardia medica, consulenti che la visionino in copia), sufficientemente flessibile per adeguarsi alle esigenze del singolo medico ma, insieme, rispettosa di una corretta metodologia di approccio al paziente e di registrazione dei dati rilevati.

Ovviamente il sistema rende ottimali le procedure di supporto all'atti-

vità assistenziale sia per gli aspetti organizzativi ed economici (budget) sia per quelli squisitamente medici.

LA CARTELLA MEDICA ORIENTATA PER PROBLEMI: DI COSA SI TRATTA?

A questo punto è utile comprendere gli elementi fondamentali del classico schema della cartella di Weed (*Figura 1*) che prevede 4 parti principali tra loro collegate:

1. lista dei problemi;
2. diario clinico;
3. dati di base;
4. piani di risoluzione dei problemi.

La lista dei problemi

È la chiave di volta della CMOP. È necessario sottolineare che, secondo Weed, "problema" è **qualsiasi situazione importante** per il paziente. La lista si configura, quindi, come un elenco di tutti gli **eventi clinicamente significativi** della vita del paziente e consente di raggruppare visivamente tutti i fattori che potrebbero in qualche modo influire sulle decisioni del medico e quindi sul piano di cura del paziente stesso. In questo senso anche una flogosi banale delle prime vie aeree, pur nella sua semplicità di approccio diagnostico-terapeutico e nella sua "noiosa" ripetitività può essere vista come "un problema". Infatti, solo se ogni affezione "banale" viene registrata pun-

tualmente come problema è possibile dopo qualche tempo, di fronte alla sensazione che tali episodi si ripetano in modo anomalo, ricostruire velocemente un elenco preciso dei vari episodi che ci permetta di vedere quali e quante sono state nel tempo tali affezioni e pianificare gli interventi. Non risponde certo ai criteri di efficienza e di efficacia di un moderno strumento informatico dover contare manualmente le visite "sfogliando" il diario clinico piuttosto che averne immediata visione d'insieme, raggruppata per problemi rilevanti, nel cui ambito è possibile prendere rapida visione delle terapie effettuate e delle eventuali indagini diagnostiche prescritte.

La lista dei problemi, che per sua natura va intesa come una struttura dinamica, deve contenere tutte le tipologie di problemi e includere perciò, oltre alle malattie con diagnosi già precisate, anche gli stati fisiologici o patologici (*esempio*: insufficienza respiratoria, difficoltà di alimentazione), i sintomi (*esempio*: tosse persistente), i segni obiettivi patologici (*esempio*: tumefazione addominale di natura non determinata, ipertrofia dei turbinati da rivalutare), e gli esami di laboratorio non collegati a malattie o sindromi già incluse nella lista e che costituiscono un possibile "problema da affrontare" (*esempio*: VES elevata di natura non determinata, proteinuria da rivalutare).

Devono farne parte anche altri im-

portanti fattori di ordine psichico o sociale (*esempio*: inserimento all'asilo nido, morte di un genitore, famiglia problematica), fattori di rischio individuale (*esempio*: esposizione a fumo passivo, obesità...), malattie superate nel passato ma con esiti rilevanti o situazioni da controllare nel tempo (*esempio*: esiti di intervento per reflusso urinario).

Il diario clinico

Una volta definita la necessità di sviluppare una cartella medica strutturandola "per problemi", è importante anche definire e condividere un approccio ordinato alla sua compilazione che da un lato aiuti il medico a riflettere sui dati a sua disposizione e sulle sue decisioni e dall'altro - elemento non secondario - lasci traccia delle sue procedure professionali.

Va sottolineato che in pediatria di famiglia tale approccio è sicuramente *irrinunciabile* per i problemi legati alla cronicità (asma, diabete, sordità, anomalie dell'accrescimento...) o alle condizioni complesse (bambino multiproblematico, tetraparesi, trapianto) mentre può non essere strettamente necessario per un problema di scarsa rilevanza patologica.

Solo di rado nelle normali cartelle mediche troviamo, dopo l'anamnesi e l'esame obiettivo, una breve lista ragionata delle possibili ipotesi diagnostiche avanzate. Più comunemente il medico si limita ad affiancare ad alcuni dati soggettivi e obiettivi una sola diagnosi (quella a suo parere più probabile), anzi talvolta troviamo registrata - come già detto prima - soltanto la diagnosi che il medico fa al momento, senza alcun elemento aggiuntivo.

Questa abitudine comporta una serie di svantaggi:

- l'interesse è focalizzato solo sui tratti più appariscenti della storia clinica (se riportata);
- raramente viene riportato il vissuto del bambino e dei genitori nei confronti del problema presentato, e questo porta a perdere dati spesso di grande interesse;
- se è stata formulata una sola ipotesi diagnostica, questa rischia di essere conservata come un'etichetta, anche se non confermata dalle successive in-

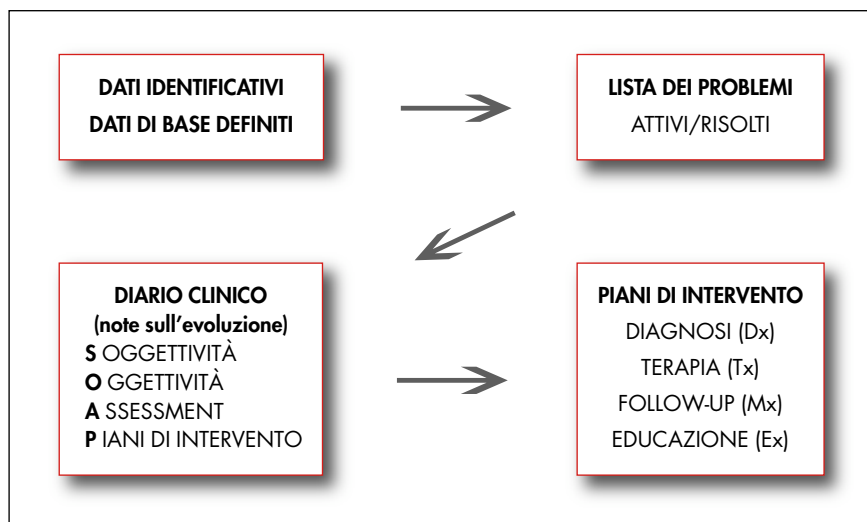


Figura 1. Schema della cartella di Weed (da voce bibliografica 2, modificato).

SCHEMA SOAP DELLA CARTELLA

S. Informazioni sui dati soggettivi riferiti

Sezione nella quale riportare i disturbi riferiti dai pazienti e le loro variazioni nel tempo o l'assenza delle modificazioni attese. È preferibile usare le parole del paziente (o dei familiari), senza "decodificare" se non si è sicuri che i termini "medici" impiegati siano di significato assolutamente inequivocabile. Ad esempio, siamo sicuri che intendiamo tutti lo stesso disturbo quando rileggiamo a distanza di tempo "riferisce che il figlio è stitico"? Cosa vorrà veramente dire: che le feci sono piccole e dure? O piuttosto che non evacua ogni giorno? Che evacua "solo" una volta al giorno?

O. Informazioni sugli elementi obiettivi rilevati

Descrivere la situazione iniziale e le variazioni rilevate nel tempo: in questa sezione vengono riportati sia gli elementi tratti dall'esame clinico sia i risultati delle indagini strumentali iniziali o eseguite nel tempo (sono tutti dati obiettivi!) per controllare l'andamento di particolari dati biologici.

A. Assessment, ovvero le valutazioni e le riflessioni del medico

Riportare le valutazioni effettuate di volta in volta alla luce dei nuovi elementi acquisiti (segni, sintomi, esami strumentali, evoluzione spontanea); in particolare vanno riportate le ipotesi diagnostiche stilate all'inizio della presentazione del problema (se ne esiste più di una) e la loro variazione a seconda dell'evoluzione del problema. In alcune cartelle questa sezione è indicata come "V" (Valutazioni; schema SOVP invece che SOAP).

P. Programma o Piano di intervento

Registrare le decisioni assunte: rivalutazione a distanza (Mx), richiesta di ulteriori accertamenti (Dx), trattamento (Tx), linee del colloquio educativo al paziente (Ex). Come si è detto prima, nel modello computerizzato della cartella medica si badi bene a non riportare in questa sezione l'elenco degli accertamenti o delle prescrizioni, ma piuttosto il "progetto di lavoro" strutturato all'inizio in modo che di volta in volta non si debba riprendere il ragionamento dall'inizio e sia sempre chiaro l'insieme delle decisioni che si intende assumere nel tempo.

Tabella II

dagini, rischiando di soffocare ogni ulteriore attività diagnostica;

- l'assenza degli elementi sui quali il medico ha basato il ragionamento clinico o ha richiesto un certo esame per giungere alla/e diagnosi non consente - a distanza di tempo, persa la memoria dell'evento - di capire se il procedimento era stato corretto;
- il medico, all'atto del primo approccio con il nuovo problema, potrebbe aver posto (e scartato) più ipotesi, ma la mancanza di annotazioni in tal senso non gli consentirà mai un'autovalutazione del proprio operato, e così via.

La struttura stessa della CMOP propone al medico compilatore un approccio sistematico alla gestione dei disturbi del suo paziente, utile sia per evitare dimenticanze o "salti logici" sia per conservare tracce strutturate che consentano di ricostruire anche a distanza di tempo il ragionamento alla base delle sue decisioni.

La scarsa qualità delle annotazioni tradizionali è dovuta in genere alla mancanza di una struttura preordinata, cioè di uno schema che guidi il me-

dico nell'annotare le sue osservazioni e impressioni. Il risultato è fatto di annotazioni scarse e disordinate, schemi grafici inadeguati, pletora disordinata di risultati degli esami di laboratorio o strumentali effettuati, nessun cenno al ragionamento su cui il medico ha basato le sue scelte di intervento, e così via.

La struttura proposta da Weed con la CMOP consente un miglioramento sorprendente rispetto al caos spesso correlato al vecchio sistema.

Nella gestione del paziente viene, infatti, richiesto di indicare sintetiche ma precise note organizzate secondo il cosiddetto schema SOAP (Tabella II):

1. Informazioni sui dati soggettivi riferiti (S)
2. Informazioni sugli elementi obiettivi rilevati (O)
3. Assessment, ovvero le valutazioni e le riflessioni del medico (A)
4. Programma o Piano di intervento (P)

Come definire il motivo del contatto o il problema da inserire nella "lista"

È importante che le voci rientranti in una lista dei problemi - almeno fino a

che non sia certa la diagnosi - siano il più possibile "enunciati di fatti", così come sono constatati da chi li scrive, evitando di trascrivere tout-court un'ipotesi diagnostica già definita, in quanto si rischia di mascherare la realtà del problema e può perfino ostacolare una corretta gestione del problema. È allora preferibile, dopo aver descritto nella parte di "diario clinico" della cartella i particolari dei sintomi riferiti e dell'esame obiettivo, riportare nell'elenco dei problemi una dizione "aperta" tipo "febbre elevata e linfadenomegalia laterocervicale" che mantiene le caratteristiche indistinte del problema (non sempre chiaro "ab initio") e non produce il rischio di inconsci "circuiti preferenziali" nel processo decisionale del medico.

I problemi che richiedono un qualche tipo di intervento (attività di prevenzione, iter diagnostico, piano di cura, progetto di riabilitazione) sono chiamati problemi "attivi".

Secondo i consigli di Weed vanno invece registrati come problemi "inattivi" quelle situazioni che non richiedono un intervento da parte del medico, ma che è importante avere sott'occhio nel corso della propria attività con il paziente (esempio: una otite media ricorrente più volte curata nel passato, una reazione avversa a un farmaco, una familiarità per atopie...), e che possono comunque costituire elementi tali da condizionare, ad esempio, la prescrizione di determinate terapie o una maggiore attenzione diagnostica verso determinati disturbi riferiti dal paziente.

I dati di base

I dati di base sono rappresentati dai dati anagrafici, sociali, lavorativi, da alcuni dati sanitari personali (ad esempio le vaccinazioni effettuate), dalle eventuali abitudini quotidiane (ad esempio uso di televisione e/o videogiochi, consumo di bevande gassate-zuccherate, attività fisica, ecc.) nonché dall'anamnesi patologica essenziale dei familiari (età e causa di morte, malattie principali).

La scelta di quali di questi dati registrare è "arbitraria", nel senso che bisogna privilegiare alcune voci con-

siderate più importanti per il pediatra, considerando però che all'atto della *prima compilazione* di una cartella, la raccolta e la registrazione di informazioni sul paziente e la sua famiglia (dati di base) costituiscono il primo passo verso la compilazione della lista dei problemi.

Piani di risoluzione dei problemi

Dopo aver registrato un problema e averne evidenziato il procedimento logico su cui si fondano le scelte fatte, può essere utile registrare i **piani di intervento** (nella parte "P" della sezione SOAP) quando questi non si limitino a una semplice prescrizione di un farmaco o di accertamenti (che vengono ovviamente registrati nelle apposite sezioni di una cartella informatizzata). Può essere, infatti, di grande rilevanza per il pediatra scrivere, di fronte a un problema, *"prendo tempo; non esplicito il mio dubbio peggiore ancora vago; ho detto che la prossima volta vorrei che fosse presente anche il padre"*... oppure *"dieta ad alte scorie per 3 settimane, poi controllo qui, eventuali test ematologici e feci se non passa"*. In questa sezione si vuole meglio dettagliare cosa sia la registrazione di un "piano di intervento": esso può essere *diagnostico (Dx)*, di *controllo nel tempo/monitoraggio (Mx)*, *terapeutico (Tx)* o *educativo (Ex)*.

Compilazione del diario

Le note di evoluzione vanno redatte sempre in modo conciso. Non è neces-

sario fare annotazioni ogni volta che si visita il paziente, in quanto tali note non servono per controllare se il medico abbia fatto o no la visita, ma per registrare modificazioni del quadro clinico. *Quando non ci sono mutamenti, non sono necessari commenti*, a meno che la stessa assenza di modificazioni non diventi anch'essa rilevante (*esempio*: mancata risposta a una terapia) (*Box 1*).

GESTIONE DELLE PATOLOGIE CRONICHE E DEI PAZIENTI CON PLURIPATOLOGIA - IL RISCHIO DELLA PERDITA DI DATI IMPORTANTI

Le caratteristiche di grande versatilità della cartella informatizzata, soprattutto se sviluppata con i criteri della CMOP, si sono rivelate notevolmente utili nella gestione dei pazienti affetti da patologie croniche o da più patologie contemporaneamente. Infatti, la registrazione dei dati relativi alle numerose consultazioni effettuate nel corso dell'anno, nel succedersi degli anni e, ogni volta, nell'analisi dell'andamento di più patologie, avviene in modo più razionale minimizzando il rischio di pericolose omissioni, inutili ripetizioni di esami o erronea prescrizione di farmaci.

Un'analisi condotta a questo scopo aveva evidenziato che in un insieme di 400 cartelle tradizionali, seppure ben compilate, erano andati "perduti" (nel senso che il sovrapporsi di visite successive li "oscurava") ben 77 importanti problemi di salute, contro nessuna "perdita" registrata in un analogo gruppo di CMOP. E questo ha non poco valore anche di tipo medico-legale.

Per questo riteniamo che il pediatra debba fare ogni sforzo per acquisire dimistichezza con il metodo CMOP-SOAP e applicarlo senza indugi ogni volta che il "problema" proposto dal suo assistito richieda la raccolta di interessanti e preziosi dati raccolti nel corso del colloquio con il paziente o i suoi familiari (**S**), emersi dalla visita o da accertamenti diagnostici (**O**), derivati dal ragionamento sulle ipotesi diagnostiche (**A**) o utili per tenere traccia del progetto di cura scelto (**P**).

MESSAGGI CHIAVE

❑ Il modello della Cartella Medica Orientata per Problemi (CMOP) mantiene la sua fruibilità nella registrazione del quotidiano, associata a una lista aggiornata e sintetica dei problemi, concisa e completa, facilmente leggibile da collaboratori, sostituti, consulenti o altri colleghi chiamati a intervenire d'urgenza.

❑ È strutturata in quattro parti tra loro collegate: la lista dei problemi, occasionalmente aggiornata, i dati di base, i programmi, e il diario clinico, aggiornato a ogni visita.

❑ Nella lista dei problemi possono essere inclusi, oltre alle malattie con diagnosi già definita (es. asma, tonsillite ricorrente, obesità), anche gli stati fisiopatologici (es. difficoltà di alimentazione, basso peso), i sintomi rilevanti da monitorare (es. tosse persistente), i segni obiettivi non spiegati (es. fegato palpabile, ipertrofia dei turbinati), i problemi da affrontare (es. anemia ipocromica non spiegata, VES alta di natura non determinata).

❑ In ciascun ambito, le note vanno organizzate secondo lo schema SOAP, in sottosezioni contraddistinte da ciascuna delle quattro lettere: S (dati SOGGETTIVI riferiti), O (dati OBIETTIVI), A (ASSESSMENT, valutazioni e riflessioni del medico), P (PROGRAMMA di intervento).

❑ La CMOP, oltre alla facilità e all'immediatezza della lettura, per chiunque ma specialmente per il medico curante, consente di "non perdere" i problemi: così una ricerca su 400 CMOP e 400 cartelle cliniche "normali" mostrava che, col secondo tipo di gestione, erano stati "persi" 77 problemi, uno ogni 6 pazienti, contro zero delle CMOP.

❑ La CMOP è stata definita "lo strumento più utile a disposizione del medico di famiglia".

L'ASSISTENZA GLOBALE

Classicamente, in ambito specialistico, si tende ad analizzare esclusivamente un problema particolare presentato dal paziente, ma può accadere che per abitudine si risponda alle richieste del paziente in modo parcellare, senza dare la giusta considerazione

Box 1 REGOLA D'ORO DELLA CMOP

Scrivere diario e piani con economia di parole: **meglio non scrivere niente che scrivere cose alle quali non si attribuisce alcuna importanza.**

Di conseguenza, si registreranno minime (o nessuna) note di "diario" per "problemi" di cui si vuole tenere memoria ma sul quale appare pleonastica la compilazione dell'intero quadro SOAP (ad esempio per un problema intercorrente quale può essere una sindrome influenzale o una faringite o una cistite non complicata). Ci pare più che sufficiente consigliare al pediatra di registrare il solo "problema" o al massimo qualche elemento di cui si voglia tenere memoria.

MINIGLOSSARIO INFORMATIVO

Dato: descrizione originaria e non interpretata di un particolare evento.

Informazione: insieme di uno o più dati memorizzati, classificati, organizzati, fra loro correlati o interpretati in un determinato contesto.

Sistema informativo: "sistema nel quale si introducono dati che vengono poi modificati in modo da rispondere alle esigenze del sistema e produrre informazioni".

"Insieme di elementi, anche diversi, destinati a raccogliere, elaborare, scambiare e archiviare dati allo scopo di produrre e distribuire informazioni alle persone che ne hanno bisogno, nel momento e nel luogo adatto.

Sistema informativo sanitario: "meccanismo per la raccolta, l'analisi e la trasmissione dell'informazione necessaria per organizzare e gestire i servizi sanitari, nonché per la ricerca e l'insegnamento".

al bambino nel suo insieme (anche nel suo essere parte di una famiglia) e senza valutare l'*insieme* dei problemi presentati dal paziente, ivi compresi i fattori di rischio, i fattori familiari e sociali, la familiarità, le patologie presenti o pregresse anche se lontane nel tempo.

Il compito è certamente arduo, ma è peculiare del pediatra di famiglia, il quale può trovare un valido strumento di supporto proprio nella CMOP, che rende semplice, razionale e immediata la lettura dell'*insieme* dei problemi del paziente senza perdere per questo - anzi rendendone l'analisi più organica e razionale - sia i dettagli dell'evoluzione di ciascuno dei problemi presenti sia il razionale delle sue scelte effettuate nel tempo.

DALLA "CARTELLA" AL COMPUTER

All'inizio abbiamo notato come sia ormai routinario l'utilizzo da parte dei pediatri di famiglia di una scheda clinica su computer. Ribadiamo qui che

l'informatica è senza dubbio in grado di amplificare enormemente la "potenza" e insieme la "fruibilità" della cartella medica: è importante riconoscere che, soprattutto quando dobbiamo gestire problemi cronici e/o complessi, è fondamentale essere dotati di un programma che permetta, oltre all'utilizzo della classica cartella organizzata per visite, anche l'implementazione dei principi della CMOP che deve poter essere attivata sia nel corso di una visita specifica per un dato problema (nuovo o già noto) sia nell'ambito di un accesso per bilancio di salute.

I VANTAGGI DELL'ADOZIONE DELLA CMOP

Willy Hurst⁵ ribadisce: *"il medico motivato cerca in tutti i modi di imparare la medicina e di collegare quello che apprende alla cura dei pazienti. Diventa ben presto evidente che nella frenesia di una giornata carica di lavoro sarebbe utile che bandierine rosse fosse-*

ro posizionate nei punti opportuni per sottolineare che non si dovrebbe procedere se non si è prima riflettuto. Il metodo che stiamo discutendo ora dispone di quattro bandierine rosse in punti altamente strategici per l'elaborazione del trattamento del paziente. Le quattro bandierine rosse sono: i dati di base, l'elenco dei problemi, i piani iniziali con le loro componenti e il diario clinico con le sue componenti. Queste bandierine rosse rappresentano dei pilastri per pensare..."

Robert Rakel⁶ definisce la CMOP *"lo strumento più utile a disposizione di un medico di famiglia"*.

Indirizzo per corrispondenza:

Mattia Doria

e-mail: mattia.doria@gmail.com

Bibliografia

1. Boscherini V. La raccolta dei dati in medicina generale. In: Bellino L. (a cura di). Argomenti di medicina generale. La Nuova Italia Scientifica, 1995.
2. Weed LL. Medical Record, Medical Education and Patient Care. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1969.
3. Jacobs I. Interview with Lawrence Weed, MD. The Father of the Problem-Oriented Medical Record Looks Ahead. The Permanente Journal/Summer 2009;Vol. 13, N. 3:84-9.
4. Petrie JC, McIntyre N. La cartella clinica orientata per problemi. Roma: Verduci Ed. 1983.
5. Hurst JW. Pratica della medicina. In: Hurst JW. Medicina clinica per il medico pratico. Milano: Masson Ed. 1991.
6. Rakel RE. The problem-oriented medical record. In: Rakel RE. Textbook of Family Practice. WB Saunders Co, 1990.